

病院又は診療所

公益社団法人 鹿児島県看護協会
増田 行

MAIL: kna-saigai@dune.ocn.ne.jp
FAX: 099-256-8079
電話: 099-296-8117

令和6年度災害支援ナース養成研修受講者申込用紙(施設取りまとめ分)

※ 全て必須です。楷書で分かりやすく記載してください

提出期限:6月14日(金)迄

施設名 _____
申込み代表者 職位 _____
氏名 _____
連絡先電話 _____
メルアド _____

受講者名簿

	職位	氏名	感染管理認定看護師資格の有無 (有は○)	DMAT登録者の方は○
登録者の申込者 旧災害支援ナース				
登録者以外の申込者 旧災害支援ナース				

* 受講決定通知後、マナブルよりお申込くださいますようお願いいたします。

(マナブル申込期間は6月27日(木)~7月6日(土)となっております。)

研修終了後、上記の者を災害支援ナース(災害・感染症医療業務従事者)として登録することを承諾します。

令和6年 月 日

鹿児島県看護協会 会長 様

所属施設承諾者 役職: _____

氏名: _____

病院又は診療所以外

公益社団法人 鹿児島県看護協会
増田 行

MAIL: kna-saigai@dune.ocn.ne.jp
FAX: 099-256-8079
電話: 099-296-8117

令和6年度災害支援ナース養成研修受講者申込用紙(施設取りまとめ分)

※ 全て必須です。楷書で分かりやすく記載してください

提出期限:6月14日(金)迄

施設名 _____
申込み代表者 職位 _____
氏名 _____
連絡先電話 _____
メルアド _____

受講者名簿

	職位	氏名	感染管理認定看護師資格の有無 (有は○)	DMAT登録者の方は○
登録者の申込者 旧災害支援ナース				
登録者以外の申込者 旧災害支援ナース				

* 受講決定通知後、マナブルよりお申込くださいますようお願いいたします。
(マナブル申込期間は6月27日(木)~7月6日(土)となっております。)

研修終了後、上記の者を災害支援ナースとして登録することを承諾します。

令和6年 月 日

鹿児島県看護協会 会長 様

所属施設承諾者 役職: _____

氏名: _____